**UNIDAD # 3**

**POLÍTICAS INTERNACIONALES DE SALUD PÚBLICA. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA. POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL.**  
  
**3.1. REFLEXIÓN: DERECHOS HUMANOS**

Artículo 9.

* Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado:

No solo la declaración de los Derechos Humanos lo dice, también la Constitución en su art. 16 "Nadie podrá ser detenido o molestado en su persona, bienes documentos o posesiones, sin orden expresa escrita por la autoridad competente....bla, bla, bla", pero basta caer en manos de la autoridad, y hago la invitación a que se les mencione eso de los Derechos Humanos o del art. 16 y miremos como es la reacción, hasta a la cárcel se puede ir. "Tal vez por el afán de protagonismo, vender imagen y la falta de actualización diaria en la normatividad vigente colombiana".

**3.2. REFLEXIÓN: ALMA ATA**

* La Declaración de Alma Ata dice en el literal VII.3 “comprende, cuando menos, las siguientes actividades”

3.2.1. ¿Cuáles son estas actividades?

* Educación y prevención a los principales problemas de salud.
* Promoción al suministro de alimentos y nutrición apropiada.
* Abastecimiento y saneamiento básico de agua potable.
* Asistencia materna infantil y planificación de la familia.
* Inmunización contra enfermedades infecciosas.
* Prevención contra enfermedades y traumatismos comunes.
* Suministro de medicamentos esenciales.

3.2.2. ¿Alguna de ellas está relacionada específicamente con medicamentos? ¿Si es así a qué medicamentos se está refiriendo?

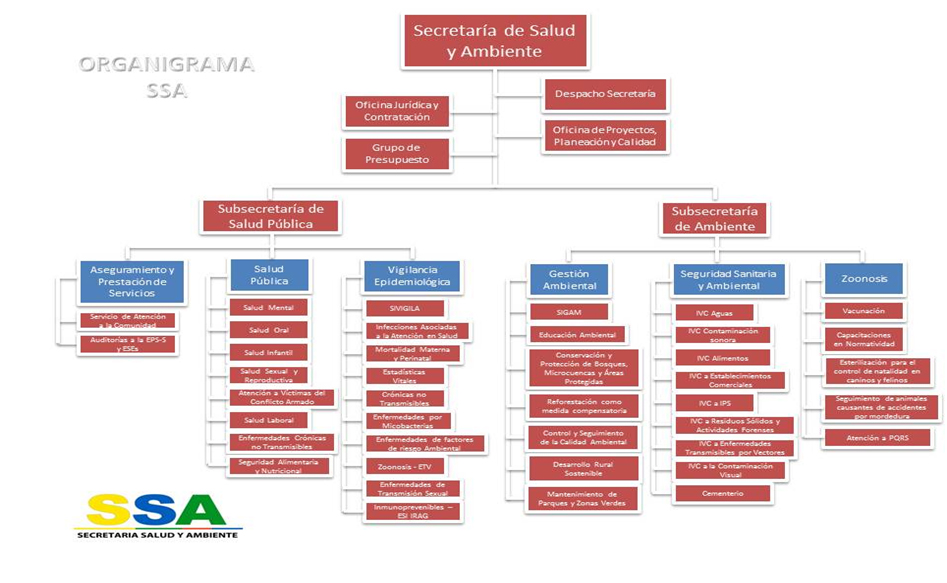
Se refiere a medicamentos esenciales; que son los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa.

**3.3. REFLEXIÓN:**

3.3.1. ¿Qué programas o estrategias que incentiven la promoción de la salud y/o participación comunitaria se conocen en Colombia?

* + - 1. Políticas intersectoriales en Salud Ambiental
      2. Políticas intersectoriales en Vida Saludable y condiciones no transmisibles
      3. Políticas intersectoriales en Convivencia Social y Salud Mental
      4. Políticas intersectoriales en Seguridad Alimentaria y Nutricional
      5. Políticas intersectoriales en Derechos y Sexualidad
      6. Políticas intersectoriales en Vida Saludable libre de enfermedades transmisibles
      7. Políticas intersectoriales en Salud Pública en emergencia y desastres
      8. Políticas intersectoriales en Vulnerabilidad en la Infancia y Adolescencia
      9. Políticas intersectoriales en Vulnerabilidad en adultos mayores y población en envejecimiento
      10. Políticas intersectoriales en Vulnerabilidad asociada al género
      11. Políticas intersectoriales en Vulnerabilidad asociada a la Pertenencia Étnica
      12. Políticas intersectoriales en Vulnerabilidad asociada a condiciones de discapacidad
      13. Políticas intersectoriales en Población Víctima del Conflicto Armado.

3.3.2. Investigue qué Programas o estrategias por ejemplo “Municipios Saludables” en este momento se tienen implementados su Municipio.



|  |
| --- |
| SALUD PÚBLICA:   * Mejoramiento de las condiciones de salud de los niños y niñas del municipio de Bucaramanga:   + A través de las estrategias de IAMI, PAI, AIEPI. * Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva:   + Con estrategias de comunicación con jóvenes y en estrategia de seguimiento a gestante, para asegurar una maternidad segura, se trabaja con la estrategia del Fondo Mundial, para prevenir VIH. * Mejoramiento de la salud oral:   + Acciones de promoción de la salud oral en ámbitos escolares, y laborales. * Mejoramiento de la salud mental:   + Promoción de la salud mental y prevención de  violencia, consumo de psicoactivos y la morbilidad en salud mental. * Mejoramiento de la situación de las enfermedades trasmisibles y las zoonosis: o Gestión integrada para la prevención y control del dengue.   + Prevención de la transmisión de la enfermedad de Chagas.   + Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis.   + Estrategias prevención y detección VIH –sida.   + Vigilancia centinela de influenza h1n1.   + Vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria –sivigila. * Mejoramiento de la situación de las enfermedades crónicas no trasmisibles y la discapacidad:   + CARMEN Actividad física, Alimentación saludable. * Mejoramiento de la situación nutricional:   + Plan nacional de seguridad alimentaria   + Estrategias de educación y comunicación y de movilización social - promoción patrones alimentarios  adecuados, lactancia materna, complementación nutricional y prevención de deficiencias de micronutrientes, ayuda alimentaria a población gestante, lactante y población infantil en riesgo nutricional. * Mejoramiento de la seguridad sanitaria y ambiental.   + Programa inspección, vigilancia y control sanitario de:     - La calidad de los alimentos.     - La calidad del agua para consumo humano y uso  recreativo.     - Enfermedad de transmisión por zoonosis.     - Enfermedad por transmisión vectorial.     - Residuos peligrosos, gestión interna, IPS y actividades forenses.     - Establecimientos comerciales y de servicios.     - Publicidad exterior visual.     - Fuentes fijas generadoras de contaminación por ruido.     - Residuos sólidos y escombros.     - Atención quejas de la comunidad.     - Vivienda saludable. |
| PROMOCION SOCIAL:   * Mejoramiento de la calidad de vida en población en situación de desplazamiento. * Mejoramiento de la calidad de vida en población en situación de discapacidad, adulto mayor y habitante de la calle. * Prevención vigilancia y control de riesgos profesionales:   + Mejoramiento de la seguridad en el trabajo y disminución de la enfermedad profesional. |

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

<http://www.bucaramanga.gov.co/Contenido.aspx?Param=31>

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

**3.4. REFLEXIÓN: METAS DEL MILENIO**

3.4.1. ¿En qué estamos en Colombia con relación a las Metas del Milenio?

**METAS DEL MILENIO ¿COMO VA COLOMBIA?**

Desde el 2003, el gobierno de Colombia ha trabajado por el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque se han logrado más avances en unos objetivos que otros, se está haciendo un esfuerzo coordinado por llegar a su cumplimiento en el 2015.

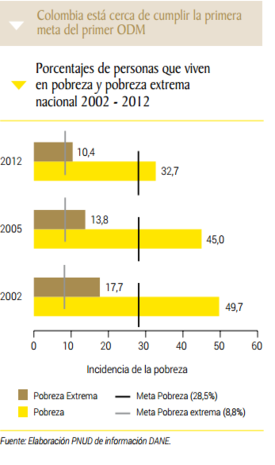
En el año 2000 Colombia firmó la Declaración del Milenio, en la cual se establecieron los ocho objetivos del desarrollo del Milenio y se fijó el 2015 como fecha límite para alcanzar la mayor parte de ellos.

El esfuerzo por cumplir con estas metas se ha hecho en forma conjunta con el Gobierno Nacional y el Sistema de Naciones Unidas. Es así como a mediados del 2003 un grupo de expertos se reunió y adaptó los objetivos y las metas a la realidad Colombiana, construyendo indicadores para la meta.

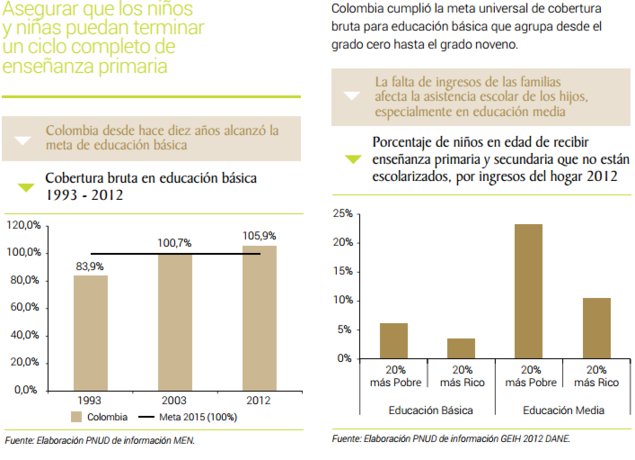
Cada uno de los ocho objetivos tiene varias metas. Éstas son algunas de ellas y sus respectivos avances.

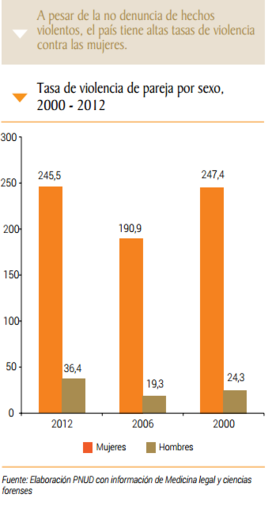
**OBJETIVO #1**: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

La pobreza afecta la calidad de vida de las personas y las familias limita la capacidad de obtener un ingreso para llevar una vida digna. Para el 2015, Colombia estableció como meta reducir el 28.55% la población por debajo de la línea de la pobreza.

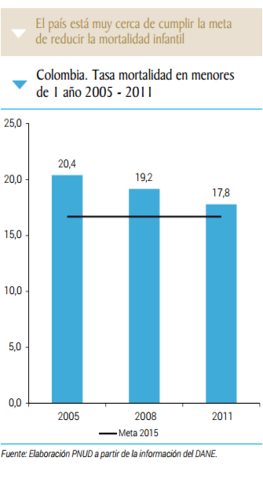
Colombia ha tenido avances importantes en la reducción de la pobreza. En 2012 el país tenía un porcentaje de población en situación de pobreza de 32,7% y en pobreza extrema de 10,4%. Hace una década estos indicadores estaban respectivamente en 49,7% y 17,7%. Lo anterior significa que 5’200.000 personas han dejado de ser pobres y 2’470.000 dejaron de ser pobres extremos en la última década. Si se tiene en cuenta dicha tendencia de reducción de la pobreza anual, se puede decir que para ambos indicadores el país cumpliría las metas que se establecieron en los documentos Conpes1 para el 2015 (28.5% y 8.8% respectivamente).

**OBJETIVO #2**: Lograr la educación básica universal.

La educación tiene una importancia estratégica para lograr la competitividad y el mejoramiento en las condiciones de vida de la población. Para el 2015 la meta es reducir al 1% la tasa de analfabetismo para personas entre 15 y 24 años. El dato más actualizado para el 2006 indica que la tasa es ese rango de edad estaba en 2,1%.  


**OBJETIVO #3**: Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer

La meta es "eliminar las desigualdades entre los géneros en las enseñanzas primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de enseñanza antes del fin de 2015". Colombia ya cumplió con esta meta por eso estableció tres metas específicas. Una de ellas para el 2015 se implemente y se ponga en marcha una estrategia intersectorial de la vigilancia de la violencia intrafamiliar. Según dato oficial más actualizado, en 2005 el porcentaje de toda clase de violencia contra la mujer estaba en 39%.

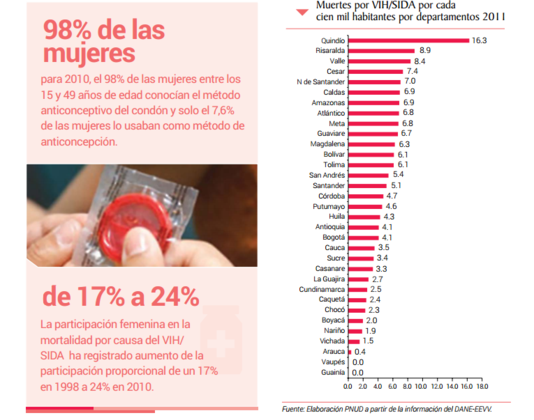


**OBJETIVO #4:** Reducir la mortalidad infantil.

El país tiene avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil, la cual en promedio anual se ha reducido 0,44 muertes por cada mil nacidos vivos hasta el último dato emitido para 2011. De continuarse este promedio se podría cumplir la meta establecida para 2015 antes de esta fecha.

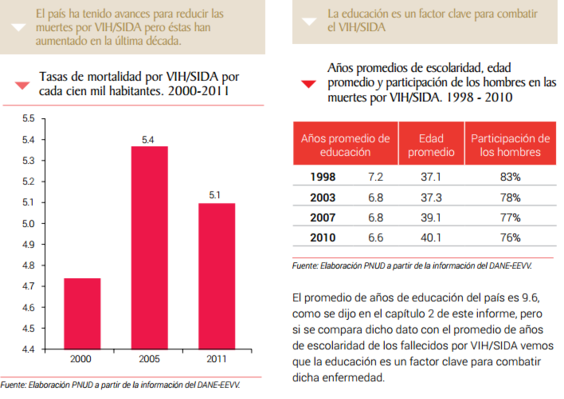
En 2011, en 21 de los 33 territorios había niveles superiores a las 18 muertes en menores de 1 año por cada mil nacidos vivos y a su vez 12 departamentos se ubicaron por debajo de la meta trazada para 2015.Según los microdatos de las Estadísticas Vitales del DANE (EEVV), entre 1998 y 2011, la mortalidad en menores de un año se redujo de 14.170 niños a 8.152 por año. Esto significa que cerca de 6.000 menores de 1 año dejan de morir cada año. Los avances que se dan en la reducción de la mortalidad infantil se explican por los esfuerzos en aumentar disponibilidad, acceso y calidad de un sistema de salud, pero también por las mejores condiciones de vida registrada en los últimos años.

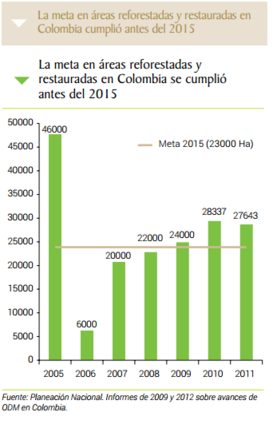
  
  
**OBJETIVO #5:** Mejorar la salud sexual y reproductiva

  
Entre 2001 y 2011 el número de madres fallecidas por cada 100 mil nacimientos ha pasado de 97 a 68, lo cual significa que 1.913 mujeres han dejado de morir durante sus embarazos en este periodo. La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Una de las metas en Colombia para el 2015 es reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. Según el dato oficial más actualizado, para el 2006 la tasa de mortalidad materna estaba en 70,3%.

**OBJETIVO #6**: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue

La epidemia de VIH/SIDA en Colombia está concentrada en grupos de alta vulnerabilidad. Una de las metas para el 2015 es mantener la prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en la población entre 15 y 49 años. El dato más actualizado indica que para 2005 la prevalencia de la infección en esta población estaba en 0.6%.

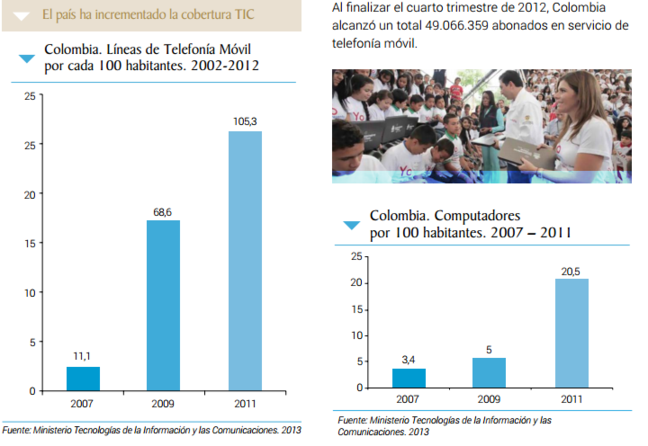


**OBJETIVO #7:** Garantizar la sostenibilidad ambiental.

Igualmente, el país ocupa el séptimo lugar en el mundo entre los países de mayor cobertura de bosques tropicales y alberga el 1,5% de los bosques del planeta. Una de las metas de Colombia es haber reforestado, para 2015, 30000 hectáreas anuales de bosques. De acuerdo con el dato más actualizado, han sido reforestadas en promedio 30.462 hectáreas entre 2002 y 2006.

A pesar de que se cumplió con la meta promedio anual de áreas reforestadas, la deforestación es un fenómeno importante en el país (el promedio anual en los últimos 20 años fue de 289.181 hectáreas. por lo que la reforestación neta de Colombia es negativa en 264.327 hectáreas promedio/año), y en especial la producción está acelerándola, por ejemplo, la participación de la producción maderera colombiana en la deforestación total del país es 11,7%; el uso de la madera como leña el 11%, las áreas sembradas con coca y amapola el 2% y los incendios forestales el 2%.

**OBJETIVO #8:** Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

  
Esta meta pretende que los países desarrollados movilicen recursos, condonen deudas, transfieran tecnologías fomenten un ambiente financiero favorable y un acceso más amplio y equitativo de sus mercados a los productos de los países en desarrollo. Aun no se han definido metas e indicadores para este objetivo en Colombia.   
  
**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

<http://cmap.upb.edu.co/rid=1248471484843_892090517_1152/ObjetivosMilenioColombia.pdf>  
[https://www.dropbox.com/s/r22nxlnunbeftm5/informeanualodm2014.pdf#](https://www.dropbox.com/s/r22nxlnunbeftm5/informeanualodm2014.pdf)

3.4.2. ¿En qué estamos en Santander con relación a las Metas del Milenio?  
  
**Presentación de los avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santander**

Mediante rueda de prensa, el jueves 28 de abril de 2011, el señor gobernador Horacio Serpa Uribe y delegados del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) hace la presentación de los avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santander.

En esta actividad se socializaron públicamente las cifras y datos que evidencian el progreso del departamento en diferentes instancias sociales, como se plantea en los Objetivos del Milenio (ODM), establecidos en el año 2000 por la ONU. En total son ocho objetivos de desarrollo humano, que los 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron lograr para el año 2015.

A continuación unos datos preliminares del informe que demuestran que con el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, Santander hace país, así:

* Erradicar el hambre

Santander es el departamento colombiano con menores índices de pobreza y pobreza extrema medidos por ingreso, teniendo progresos sustanciales entre los años 2008 y 2009. En 2005 el nivel de pobreza en Santander alcanzaba el 48% y al finalizar 2009 bajó al 33,3% de acuerdo con los resultados revelados por la Misión de Empalme de las Series de Empleo y Pobreza.

En cuanto a la pobreza extrema, Santander está muy cerca de cumplir la meta nacional de ODM. Al cierre de 2009 estaba en 9,1%, mientras que el propósito nacional para 2015 es del 8,8%.

* Educación básica universal

Santander concluyó el año 2009 con una cobertura en educación básica del 103,4%, lo que pone al departamento por encima de la meta trazada por el país, que es lograr que todos los niños y adolescentes estén en el sistema escolar antes de 2015.

* Igualdad entre géneros y autonomía de la mujer

La tendencia en la violencia intrafamiliar muestra un comportamiento estable; el incremento en términos reales se observa en todos las categorías. Un ejemplo es la violencia de pareja que presentó una disminución del 59% en 2008 a 57% en 2009. Esta reducción de 2 puntos porcentuales representa 619 nuevos casos.

El Departamento de Santander trabaja para garantizar la protección y defensa de los Derechos de la Mujer, lo cual se está materializando con una ordenanza en este sentido que recoge los aspectos más trascendentales de la política pública construida por mujeres.

* Reducir la mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil para niños menores de un año en Santander fue del 9,95 por mil nacidos vivos (mnv) en 2008, según Estadísticas Vitales del DANE, evidenciando una disminución frente a 2007, cuando fue de 13,5 por mnv. El gobierno departamental logró anticipadamente su meta del Plan de Desarrollo para el periodo que finaliza en 2011, la cual fue fijada en 10,4 por mnv.

* Mejorar la salud sexual y reproductiva

El Plan de Desarrollo "Santander Incluyente" se fijó como meta a 2011 bajar la tasa de mortalidad materna a 30,5 por cien mil nacidos vivos (cmnv). Al terminar 2008 el índice fue de 42,74 por cmnv, el séptimo más bajo del país, un avance sustancial, si se toma como línea de partida que en 2006 el dato era de 55,1 por cmnv.  
  
  
Los resultados observados pueden ser consecuencia de múltiples factores, uno de ellos la focalización de esfuerzos y el compromiso como el que plantea la Política Pública de Salud en Santander, donde se establece como una de las prioridades la salud materna e infantil, por lo cual se recomienda además de su implementación, su continuo seguimiento y monitoreo.

* Combatir el VIH/Sida, la malaria y el dengue

Desde 2005 y hasta 2010 no se han presentado en Santander muertes por malaria, a pesar de que en 2005 se atendieron 304 casos que ocurrieron especialmente en los municipios de Cimitarra y Barrancabermeja. En 2010, el Instituto Nacional de Salud reportó la ocurrencia de 244 casos de infectados, de los cuales 220 corresponden a malaria por vivax, 7 casos por malaria asociada, 14 por falciparum y tres casos por malaria.

Santander no fue ajeno al comportamiento de la epidemia, en 2009 se presentaron 5 muertes por dengue, mientras que en el reporte de la semana epidemiológica 52 de 2010 los casos fueron 13, lo que ha generado una gran preocupación por parte de las autoridades de salud, quienes han venido ejecutando programas de fumigación y campañas de sensibilización sobre la necesidad de retirar los reservorios de agua donde se incuba el vector que transmite esta enfermedad.

* Garantizar la sostenibilidad ambiental

Santander para el año 2005 registró una cobertura del servicio de acueducto en las áreas urbanas y rurales del 82,3%, la cual subió en 2007 al 82,9 %. En 2009, la Superintendencia de Servicios Públicos reveló que la cobertura a nivel urbano a nivel departamental era del 96,73%.

En el departamento existen 17 municipios con coberturas de acueductos menores al 50%, debidos esencialmente a que este líquido escasea a nivel rural. Esta situación se presenta principalmente en los municipios pequeños y retirados de la capital.

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS** 

* [Ministerio de Educación Nacional](http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-propertyname-2855.html)
* [Secretarías de Educación](http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-propertyname-2452.html)
* [Instituciones de Educación Superior](http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-propertyname-2853.html)
* [Organizaciones del sector](http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-propertyname-2832.html)

Secretaría de Educación de Santander

**Secretario de Educación**: Luis Alberto Chávez Suárez  
  
**Dirección:** Calle 37 No. 10 - 30 Piso 1  
  
**Teléfono:** (7) 633 9666 Ext 175  
  
**Email:** [educacion@santander.gov.co](mailto:educacion@santander.gov.co)  
**Jefe de Prensa Gobernación**: Ana María Valencia Sánchez  
  
**Correo electrónico**: [anamavalencia@hotmail.com](mailto:anamavalencia@hotmail.com)   
  
  
**Gobernador Actual**: Richard Aguilar Villa  
  
**Página web**: [www.santander.gov.co](http://www.santander.gov.co)

<http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-269681.html>

* 1.  **REFLEXION: COMISIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

3.5.1. ¿Qué son los Determinantes Sociales de la Salud?

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

3.5.2. ¿Por qué se crea la Comisión de los Determinantes de la Salud?

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

* [1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas](http://www.who.int/entity/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html)
* [2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos](http://www.who.int/entity/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index2.html)
* [3. Medición y análisis del problema](http://www.who.int/entity/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index3.html).

3.5.3. ¿Están relacionados los Determinantes Sociales de Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

La salud en el país está marcada por un determinante básico: LA DESIGUALDAD. El cuadro de determinantes sociales de la salud **SÍ** puede analizarse en el contexto de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM- que preocupan a todo el mundo, incluso al gobierno nacional.



**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

<http://www.who.int/social_determinants/es/>

<http://www.periodicoelpulso.com.co/html/0707jul/general/general-01.htm>

**3.6. REFLEXIÓN: LEGISLACIÓN**

¿De qué tratan las siguientes Leyes?

**3.6.1. Ley 9 de 1979:” Por la cual se dictan medidas sanitarias”**

*TÍTULO I DE LA PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE*

*TÍTULO II SUMINISTRO DE AGUA*

*III TÍTULO* *SALUD OCUPACIONAL*

*TÍTULO IV SANEAMIENTO DE EDIFICACIONES*

*TÍTULO V* *ALIMENTOS*

*TITULO VI DROGAS, MEDICAMENTOS, COSMÉTICOS Y SIMILARES*

*TÍTULO VII VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO*

*TÍTULO VIII DESASTRES*

*TÍTULO IX DEFUNCIONES, TRASLADOS DE CADÁVERES, INHUMACIONES Y EXHUMACIONES, TRASPLANTES Y CONTROL DEL ESPECÍMENES*

*TITULO X ARTÍCULOS DE USO DOMESTICO*

*ARTICULO XI VIGILANCIA Y CONTROL*

*TÍTULO XII DERECHOS Y DEBERES RELATIVOS A LA SALUD*

**3.6.2. Ley 10 1990: “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”.**

*Sociedad especial de capital público.* Autorizase la constitución y organización de una sociedad de capital público, de la cual, serán soc ios la Nación y las entidades territoriales, o sus entidades descentralizadas, titulares de los monopolios rentísticos de las loterías existentes,…

**3.6.3. Ley 100 de 1993: "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".**

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

Los principios de prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia son:

Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación

La Ley 100 de 1993 establece la legislación de cuatro frentes generales:

\* El Sistema general de Pensiones,

\* El Sistema General de Seguridad Social en Salud

\* El Sistema General de Riesgos Profesionales

\* Los servicios sociales complementarios.

**3.6.4. Ley 152 de 1994: “por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”.**

La presente Ley tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el capítulo 2 del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refiere al plan de desarrollo y planificación.

**3.6.5. Ley 715 de 2001: “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”.**

Esta ley tiene como uno de sus principios la naturaleza del Sistema General de Participación el cual está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandatos constitucionales a las entidades territoriales para la financiación de los servicios asignados en la ley 715 de 2001 (salud, educación, saneamiento básico, entre otros).

En conclusión  la meta final de la ley en lo que concierne al sector educativo es garantizar la buena educación del sector público, mediante la distribución adecuada y equitativa de los recursos.

**3.6.6. Ley 1122 de 2007: “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.**

La Ley crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y le asigna al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesoramiento y consultoría que lo hacen inoperante. Esta decisión concentra el poder en el ejecutivo al ser el Presidente de la República quien nombra a los comisionados y hace desaparecer la participación social e institucional. Es positiva la creación de la figura del Defensor del Paciente, aunque no se comparte su sujeción de la Superintendencia Nacional de Salud.

**3.6.7. Ley 1438 de 2011: "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".**

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

http://fitoterapeuuticosudea.blogspot.com/p/ley-9-de-1979-por-la-cual-se-dictan.html

[**http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248**](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248)

[**http://marybetancourt.wordpress.com/2009/03/07/analisis-de-la-ley-715/**](http://marybetancourt.wordpress.com/2009/03/07/analisis-de-la-ley-715/)

[**http://actualicese.com/actualidad/2011/02/09/infografia-11-aspectos-relevantes-de-la-reforma-a-la-salud/**](http://actualicese.com/actualidad/2011/02/09/infografia-11-aspectos-relevantes-de-la-reforma-a-la-salud/)

**3.7. REFLEXIÓN: PLAN NACIONAL DE DESARROLLO**

**3.7.1. ¿Qué es el Plan Nacional de Desarrollo? ¿A qué o quién corresponde el Plan de desarrollo 2010-2014? ¿Cuál lo remplazará?**

Es la carta de navegación, trazada por el Gobierno, para abordar y resolver las necesidades de la nación y aprovechar sus potencialidades. Este documento contiene las bases para alcanzar las metas y los compromisos del programa de gobierno del presidente Juan Manuel Santos durante este cuatrienio. Contiene 170 artículos y se divide en los siguientes seis capítulos: Disposiciones generales, crecimiento sostenible y competitividad, igualdad de oportunidades para la prosperidad social, consolidación de la paz, soportes transversales y disposiciones finales.

Su ejecución corresponde al señor presidente de la República de Colombia, Doctor Juan Manuel Santos Calderón.

Será reemplazado por el P.N.D, del nuevo presidente electo en las próximas elecciones (25 de mayo del presente año).

**3.7.2. ¿Qué es el Plan de Desarrollo de Santander? ¿Qué nombre recibe? ¿Cuál es su vigencia?**

Es una herramienta técnico política que se adscribe a la definición del DNP (Departamento Nacional de Planeación) sobre el desarrollo como un derecho humano, que “desde una perspectiva integral se entiende como un proceso de transformación multidimensional, sostenible e incluyente que se da de manera intencional o planeada y que busca el bienestar de la población en armonía con lo ambiental, lo socio-cultural, lo económico, y lo político en un territorio determinado, y teniendo en cuenta los contextos territoriales más amplios como el regional, el nacional y el global”.

NOMBRE: “Santander en Serio, El Gobierno de la Gente”

VIGENCIA: 2012- 2015

**3.7.3. ¿Qué es el Plan Nacional de Desarrollo de Bucaramanga? ¿Qué nombre recibe? ¿Cuál es su vigencia?**

El Plan de Desarrollo 2012-2015 “Bucaramanga Capital Sostenible”, es la carta de navegación del Alcalde y el referente para la gestión de todas sus Dependencias en  cumplimiento del programa de Gobierno y las Políticas Públicas, direccionadas a la construcción  de un escenario de bienestar y de progreso de los bumangueses, el cual está enmarcado en 4 Dimensiones y 11 ejes programáticos así:

Dimensión 1. Sostenibilidad Social y Económica

Eje Programático Convivencia y Seguridad Ciudadana  
Eje Programático Empleo  Formal y Productivo  
Eje Programático Lo Social es Vital: Bucaramanga Crece Contigo  
Eje Programático Salud y Protección Social  
Eje Programático Democratización de la Educación, Ciencia y Tecnología

Eje Programático Deporte y Cultura que Nos Una

Dimensión 2. Sostenibilidad Ambiental, Cambio Climático y Ordenamiento Territorial

Eje Programático Medio Ambiente  y Ordenamiento Territorial.

Dimensión 3. Sostenibilidad Urbana

Eje Programático Movilidad vial y peatonal

Eje Programático Infraestructura de Ciudad

 Dimensión 4. Sostenibilidad Fiscal y Gobernanza

Eje Programático Administración eficiente es un Buen Gobierno  
Eje Programático Participación Ciudadana

NOMBRE: “Bucaramanga Capital Sostenible”

VIGENCIA: 2012 - 2015

**3.7.4. ¿Qué relación tienen entre si los Planes de Desarrollo?** La relación que existe es que son propuestos y ejecutados por los mandatarios actuales en cada una de sus instancias: presidente, gobernador y alcalde.

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

[**http://www.senado.gov.co/sala-de-prensa/noticias/item/6592-abc-del-plan-nacional-de-desarrollo-2010-2014**](http://www.senado.gov.co/sala-de-prensa/noticias/item/6592-abc-del-plan-nacional-de-desarrollo-2010-2014)

[**http://www.asambleadesantander.gov.co/Doc/Foro/pddsantander.pdf**](http://www.asambleadesantander.gov.co/Doc/Foro/pddsantander.pdf)

[**http://www.bucaramanga.gov.co/Contenido.aspx?Param=302**](http://www.bucaramanga.gov.co/Contenido.aspx?Param=302)

**3.8. REFLEXIÓN: PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA**

**3.8.1. ¿Qué es el Plan Decenal de Salud Pública?**

“Es la carta de navegación o ruta de trabajo que le permitirá al país avanzar durante la próxima década hacia el ideal de salud que tenemos los colombianos”.

También **P.N.C.D** es: “Un pacto social que articula las políticas y acciones entre todos: gobernantes, servidores públicos y sociedad civil, quienes se comprometen con su desarrollo para mejorar las condiciones de vida y salud de la población, así como cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitable”.

**3.8.2. ¿Qué vigencia tiene?** Su vigencia es de una década (2011- 2021).

**3.8.3. ¿Cómo está estructurado?**

*En 8 Dimensiones prioritarias y 2 transversales, que son:*

**3.8.3.1. Salud Ambiental:** Conjunto de políticas y acciones transeptorial, sectorial y comunitaria que busca materializar el derecho al ambiente sano  para favorecer y promover calidad de vida de la población actual y futura generaciones, a través de estrategias enmarcadas en los componentes de:

* Hábitat saludable,
* Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

**3.8.3.2. Vida Saludable y condiciones no transmisibles:** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

* Modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos,
* Atención integral en salud de las enfermedades no transmisibles

**3.8.3.3. Salud mental y convivencia:** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten el despliegue de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respecto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

* Promover la salud mental y la convivencia
* Prevención y atención integral a problemas y trastornos metales y a diferentes formas de violencia

**3.8.3.4. Seguridad alimentaria y nutricional:** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

* Disponibilidad y acceso a los alimentos,
* Consumo y aprovechamiento bilógico,
* Inocuidad y calidad de los alimentos.

**3.8.3.5. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos:** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades durante todo su ciclo vital, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

* Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género,
* Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

**3.8.3.6. Vida saludable y enfermedades transmisibles:** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en todos los ciclo de la vida  y entornos donde viven las personas, familias y comunidades, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes.

* Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas,
* Enfermedades inmunoprevenibles  y
* Condiciones y situaciones endo-epidémicas.

**3.8.3.7. Salud pública en emergencias y desastres:** Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que propenden por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, mediante estrategias orientadas reducir la exposición y propender la accesibilidad integral y enmarcadas en los siguientes componentes:

* Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres,
* Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.

**3.8.3.8. Salud y ámbito laboral:** Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar protección de la salud y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

* La seguridad y salud en el trabajo,
* La atención de situaciones prevalentes de origen laboral.

*Dimensiones transversales:*

**3.8.3.9. Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables:** Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significa desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Cabe aclarar que en el interior de las ocho dimensiones prioritarias se desarrollan acciones afirmativas que complementan estas orientaciones transversales. Las acciones trasversales a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes componentes:

-        Niños, niñas y adolescentes,

-        Grupos étnicos,

-        Personas en situación de discapacidad,

-        Adulto mayor, y

-        Personas víctimas del conflicto armado.

 **3.8.3.10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud:** Conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en la nación y territorios para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta  propia del sector, a través de estrategias enmarcadas en el siguiente componente:

-   Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la: regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

**3.8.4. ¿El tema seleccionado por el grupo en qué dimensión y componente lo ubicaría?**

**8.2. Vida Saludable y condiciones no transmisibles:**

**8.2.2.** Objetivos de la dimensión

 a) Elevar, promover e implementar como prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la **salud bucal**, visual, auditiva y comunicativa, como parte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo socioeconómico.

**8.2.3.** Componentes

a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

[**http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf**](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf)

[**http://www.youtube.com/watch?v=MMVi6Rdf7vI**](http://www.youtube.com/watch?v=MMVi6Rdf7vI)

**3.9. REFLEXIÓN: CONPES**

## 3.9.1. ¿Qué significa la palabra CONPES? El Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) es un organismo asesor del Gobierno en materia de desarrollo económico y social, y es el encargado de estudiar y recomendar políticas generales en esas áreas.

Es la máxima autoridad de planeación en el país, y actúa bajo la dirección del Presidente de la República, y el Subdirector de Planeación Nacional es su Secretario Ejecutivo. Creado con la Ley 19 de 1958.

El CONPES actúa bajo la dirección del Presidente de la Republica.

**3.9.2. ¿Quién emite los CONPES?** El Departamento Nacional de Planeación.

**3.9.3. ¿Qué tipo de CONPES existen?:** El *Conpes Económico* está integrado por los ministros de Relaciones Exteriores; Hacienda; Agricultura; Industria, Comercio y Turismo; Protección Social; Transporte; Medio Ambiente; y Cultura. Además por el Director de Planeación Nacional, los gerentes del Banco de la República y de la Federación Nacional de Cafeteros, así como por el Director de Asuntos para las Comunidades Étnicas del Ministerio del Interior, y el Consejero Presidencial para la Equidad de la Mujer.

El *Conpes Social*, varía en su composición. A este lo dirige también el Presidente de la República y su Secretario también es el Subdirector de Planeación, y lo integran: los ministros de Hacienda; Protección Social; Educación; Agricultura; Transporte; Industria, Comercio y Turismo; el Secretario General de la Presidencia y el Director de Planeación Nacional.

**FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

[**http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1594532**](http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1594532)

[**https://www.dnp.gov.co/CONPES.aspx**](https://www.dnp.gov.co/CONPES.aspx)

**UNIDAD # 4**

**LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA (APSR). LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN LA APSR**

**4.1. REFLEXIÓN: DSS-APSR**

**4.1.1. ¿Qué significa Eficaz?** El término eficaz es un adjetivo utilizado para señalar la capacidad o habilidad de obtener los resultados esperados en determinada situación. Aplicado para personas e individuos, también puede ser eficaz un dispositivo, un tipo de tecnología, un fenómeno natural y diversas cosas ya que no es necesariamente una posibilidad humana. Ser eficaz implica que la [metodología](http://www.definicionabc.com/ciencia/metodologia.php) de acción que se aplica (conscientemente o no) es la apropiada y que por tanto, la [consecuencia](http://www.definicionabc.com/general/consecuencia.php) será la esperada para cada efecto.

**4.1.2. ¿Qué significa Efectivo?** Se trata de aquello que es verdadero o rea. Por ejemplo: “Necesito una solución efectiva, no puedo seguir perdiendo el tiempo con falsas ilusiones”.

Es la consecución de objetivos haciendo uso de las habilidades y capacidades de una persona.

**4.1.3. ¿Qué significa Eficiente?** Se define como ‘la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un objetivo determinado con el mínimo de recursos posibles viable’.

En [salud](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud), EFICIENTE se refiere a la, consecución de un objetivo sanitario a un mínimo costo.

**4.1.4. ¿Qué significa Sostenible? ¿**La salud sostenible: un concepto, una realidad o una necesidad? La salud sostenible es el pilar central del desarrollo sostenible porque la salud está vinculada a todos los ámbitos de la vida: económico, social, ambiental.

**4.2. REFLEXIÓN: LEY 1438 de 2011**

**4.2.1. ¿Cuál es el objeto de la Ley 1438 del 2011?:** el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

**4.2.2. ¿Qué establece la Ley 1438 del 2011 con relación a:**

**4.2.2.1. ¿Atención Primaria en Salud?** Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.

La A.P.S es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**4.2.2.2. ¿la Salud Pública?** PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.\*Artículo  6°. Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

**\*** Artículo 8°. Observatorio Nacional de Salud. El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.

**\*** Se adopta la estrategia de APS

**\*** Define una política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad

**4.2.2.3. ¿Acceso a medicamentos?** Según la Ley 1438 de 2011 en su artículo 25, "El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios." y "...deberá actualizarse de manera integral antes del primero (1°) de diciembre de 2011."

En cumplimiento de lo ordenado por la Ley, la CRES mediante el Acuerdo 029, actualizó y aclaró el POS que estaba vigente hasta diciembre de 2011 lo cual implicó el incremento importante de servicios de salud al incluir tanto actividades, procedimientos e intervenciones especializados, con lo cual ***este plan de beneficios es ahora más claro y beneficioso para la población cubierta según las condiciones de cada régimen antes mencionadas.***

**4.2.2.4. ¿Política Farmacéutica Nacional:** ARTÍCULO 86° ley 1438 de 2011. POLÍTICA FARMACÉUTICA, DE INSUMOS y DISPOSITIVOS MÉDICOS. El Ministerio de la Protección Social definirá la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos, insumos y dispositivos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.